

PLEASE RECORD THE DETAILS OF PREVIOUS INJURIES / SURGICAL OPERATIONS /  
MEDICAL CONDITIONS BELOW, INCLUDING DATES  
Dotychczasowe przebyte kontuzje (operacje / poważne choroby) wraz z datami:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

PLEASE RECORD ALL CURRENT MEDICATION BELOW / Aktualnie przyjmowane leki:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

PLEASE RECORD DETAILS OF ANY ALLERGIES / Alergie

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

# FEI MEDICAL CARD



## KARTA MEDYCZNA FEI - PZJ

KARTA MEDYCZNA W MOMENCIE STARTU W ZAWODACH MIĘDZYNARODOWYCH  
MUSI BYĆ WYPEŁNIONA W JĘZYKU ANGIELSKIM

Your name in full / Twoje imię i nazwisko

Date of Birth / Data urodzenia .....

Nationality / Narodowość .....

Religion / Religia .....

Permanent Address / Stały adres zamieszkania .....

Tel No. / Telefon .....

Change of Address / Zmiana adresu .....

Tel No. / Telefon .....

PERSONAL DETAILS / Dane personalne

Next of Kin / Najbliższy krewny .....

Relationship / Stopień pokrewieństwa .....

Name / Imię i nazwisko krewnego .....

Address / Adres .....

.....

Tel No. / Telefon .....

Change of Address / Zmiana adresu .....

.....

New Tel No. / Nowy numer telefonu .....

HORSE BOX DETAILS / Dane koniowozu

Make / Marka .....

.....

Colour / Kolor .....

Registration No. / Numer rejestracyjny .....

.....

Name of your own doctor / Imię i nazwisko twojego lekarza .....

.....

Address / Adres .....

.....

Tel No. / Telefon .....

PREVIOUS MEDICAL HISTORY / Przebyte choroby

PREVIOUS INJURIES / Odniesione kontuzje

	YES TAK	NO NIE
Head / Głowy .....		
Concussion (state number) / Wstrząśnięcie mózgu (ile razy) .....		
Face / Twarzy .....		
Neck / Szyi .....		
Back / Kregostupa .....		
Chest / Klatki piersiowej .....		
Abdomen / Jamy brzusznej .....		
Limbs / Kończyn .....		
Previous Surgical Operations / Przebyte operacje chirurgiczne .....		
Diabetes / Cukrzyca .....		
Epilepsy / Epilepsja .....		
Blackouts / Omdlenia .....		
Asthma / Astma .....		
Heart / Serce .....		
Lung / Płuca .....		
Other (including Renal) / Inne (w tym nerki) .....		

SUPPLEMENTARY INFORMATION / Informacje dodatkowe

Normal Sight / Wzrok w normie .....		
Normal Pupils / Źrenice w normie .....		
Contact Lenses /Szkła kontaktowe .....		
Normal Hearing / Słuch w normie .....		
Allergies / Alergie .....		
<b>MEDICATION / Leki</b>		
Are you on Cortisone (Steroid)? / Czy przyjmujesz sterydy (kortyzon)? .....		
Have you ever required Cortisone treatment? / Czy kiedykolwiek byłeś leczony kortyzonem? .....		
Blood group / Grupa krwi .....		
Date of last Tetanus immunisation / Data ostatniego szczepienia przeciw tężcowi .....		